15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1907 à une heure

DE LA DATE D'APPARITION

DU

CÉPHALÉMATOME

PAR

Gabriel DEHAIL

Né à Alençon le 16 Mai 1880

Président : M. PINARD.

Juges . . . MM. GAUCHER, RECLUS, COUVELAIRE, *Agrégé* — *Professeurs*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

Libraire-Editeur

8, Rue Casimir-Delavigne (Anciennement : 13, Rue de l'École de Médecine)

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BEZANÇON (Fernand)	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LABBÉ (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A La Mémoire de mon frère HENRI

A La Mémoire de ma grand'mère GUERRIER

A La Mémoire de ma tante CAZIMIR

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma vive reconnaissance et de mes sentiments profonds d'amour.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

M. Le Professeur PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Nous adressons nos remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. le Professeur de LAPERSONNE

A M. le Professeur MONOD

A M. le Professeur LANDOUZY

A M. le Professeur GAUCHER

A MM. les Professeurs WALLICH, COUVELAIRE, RIEFFEL, LAUNOIS

A MM. les Docteurs DALCHÉ, DANLOS AUCLAIR, LOIGNEL-LAVASTIN, ARROU, LORTAT-JACOB.

A Nos Maitres de la Faculté et des Hôpitaux

Nous adressons tous nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

A NOTRE CHER MAITRE

M. Le Docteur VESLIN

Chirurgien chef de l'Hôpital d'Evreux

A MM. Les Docteurs LERAT, MOISSON, OURSEL, THIRARD, DUCHESNE

En reconnaissance de la sympathie qu'ils nous ont témoignés pendant notre internat à l'hôpital d'Evreux.

A La Mémoire de M. le Docteur REGIMBART

Médecin-chef de l'Hôpital d'Evreux

AVANT-PROPOS

Plusieurs thèses ont été faites sur le céphalématome en ces dernières années, dont trois à l'instigation de M. le professeur Pinard ; celle de Hamon, de A. Bioche et de J. Joret. Mais ces auteurs ne pouvaient, à leur aveu même, tirer sur tous les points étudiés de conclusions fermes, faute de documents statistiques assez étendus ; après la bonne thèse de Joret, un point surtout restait litigieux : celui de la date d'apparition du céphalématome. Nous avons eu à notre disposition les nombreuses observations de la clinique Baudelocque ; nous y avons puisé, et appuyé d'une part sur la statistique de Bioche, d'autre part sur la nôtre propre, nous pouvons, croyons-nous, combler la lacune qui existait. Aussi, au seuil de ce travail, nous est-il un véritable devoir d'offrir à M. le professeur Pinard l'hommage de notre profonde reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis de consulter les registres de la clinique et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Mouchotte, chef de la clinique Baudelocque, veuille bien agréer ici nos sincères remerciements, car ses conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Avant de quitter la vie d'étudiant, qu'il nous soit permis de jeter un regard en arrière et d'adresser un salut respectueux à celui qui nous enseigna les premières règles de l'art médical, M. le docteur P. Dalché médecin de la Pitié, et un dernier adieu à celui qui, homme probe et droit, autant que clinicien accompli, nous donna sur la fin de nos études des exemples inappréciables ; nous avons nommé le regretté docteur Régimbart, médecin chef de l'hôpital d'Évreux.

Enfin que notre cher maître, M. le docteur Veslin, chirurgien-chef de l'hôpital d'Évreux, nous permette de lui dire combien nous admirons son talent chirurgical, et quel prix nous attachons à ses avis paternels.

INTRODUCTION

Notre intention n'est point de refaire l'exposé historique des différentes théories émises jusqu'à ce jour sur la pathogénie du céphalématome. Dans une thèse de Paris, assez récente, le docteur Joret a traité brillamment et consciencieusement ce point. Cependant nous ne pouvons laisser de côté les conditions de production de cette collection sanguine ostéo-périostique qu'est le céphalématome. Cette pathogénie a été établie en 1835 par le mémoire fondamental de Valleix; elle fut complétée par les recherches de Dubois et de Féré, précisée par les thèses de Bioche et de J. Joret.

En effet, c'est en nous appuyant d'une part sur notre travail statistique, d'autre part sur les données pathogéniques en conformité avec les dernières acquisitions de l'anatomie et de l'obstétricie contemporaines, que nous pourrons préciser, rendre plus compréhensibles les conclusions que nous formulerons plus loin sur la date d'apparition du céphalématome ; nous satisferons ainsi au besoin de notre thèse ; en même temps, nous aurons masqué l'aridité apparente mais

toujours inhérente à un travail de statistique portant sur un laps de temps de *17 années* (dix-sept années) et représentant le dépouillement de 35.724 observations d'accouchements pratiqués à la clinique Baudelocque, observations revues et discutées quotidiennement par M. le professeur Pinard.

Notre but est donc de préciser la date d'apparition du céphalématome, car les accoucheurs ont à ce sujet des opinions assez dissemblables comme nous le verrons plus loin. Il restait un point de doctrine à établir ; si nous avons réussi dans notre entreprise, c'est grâce au formidable monument élevé à la clinique par M. le professeur Pinard, à lui donc le mérite de ce travail. En même temps, nous reprendrons les résultats qu'Anatole Bioche avait obtenus au moyen de sa statistique, et nous en donnerons de nouveaux en rapport avec le nombre total de cas de céphalémato mes observés par lui et par nous

PATHOGÉNIE

Une donnée anatomique de la plus grande importance domine toute la pathogénie du Céphalématome : les os de la voûte du crâne sont des os de membranes, c'est-à-dire qu'ils s'ossifient directement sans passer par la phase cartilagineuse. Or, les fibres d'ossification, qui dès le quarante-cinquième jour de la vie utérine rayonnent autour de l'écaille pariétale, occipitale ou frontale, se disposent sur deux lames osseuses, radiées, répondant aux deux tables interne ou externe de l'os. Sur ces deux plans osseux l'ossification n'évolue point selon un égal progrès : la table interne ossifiée forme déjà une lame résistante alors que la table externe se compose encore de fibres rayonnantes séparées par des fissures plus ou moins larges. Au moment de la naissance, ces os de la voûte présentent encore un développement incomplet : l'ossification Havérienne ainsi que l'ossification périostique sont encore loin d'être achevées. Enfin, si chez l'adulte, sur l'os ayant atteint un complet développement, le périoste adhère *bien* à la table externe, par une très petite lamelle de tissu formateur pauvre

en vaisseaux, il n'en est pas de même chez le nouveau-né dont le périoste crânien présente une disposition particulière, capable d'expliquer son décollement.

Dans le traité d'anatomie humaine de Poirier, à l'article « périoste » on lit : que le périoste est constitué par une membrane fibro-élastique superficielle « constituée par des faisceaux conjonctifs orientés « suivant diverses directions, de fibres élastiques, de « vaisseaux abondants et de nerfs. La surface externe « n'est unie généralement avec les parties molles « ambiantes que d'une façon assez lâche, *mais partout où un ligament tendon, ou une lame aponévrotique viennent s'attacher, les connexions entre les organes et le périoste sont intimes...*

« La couche interne est caractérisée d'une part par « sa richesse en fibres élastiques fixes disposées en un « réseau dans les mailles duquel sont logés de minces « faisceaux conjonctifs et d'autre part par la présence « d'éléments cellulaires arrondis appliqués immédiatement sur la surface de l'os. Ces éléments constituent le blastème sous-périostal d'Ollier ou couche « ostéogène et jouent un rôle prépondérant dans l'ossification. Le tissu conjonctif périostique, partie externe, se continue extérieurement avec celui des « organes environnants, muscles, ligaments, etc., etc. ; « ce qui explique l'union plus ou moins solide de « ceux-ci avec le périoste. Son adhérence à la substance osseuse est assurée par les fibres de Scharpey « et les fibres qui s'enfoncent dans les lamelles périphériques et aussi par *les innombrables vaisseaux qui du périoste pénètrent dans l'os.*

« Comme le fait remarquer Joret dans sa thèse la « présence de ce blastême mou, embryonnaire, peu « adhérent à l'os, en raison même des phénomènes « d'active multiplication qu'il présente, nous montre « qu'il y a là un lieu de moindre résistance.

« Si pour une raison quelconque les parties molles « qui recouvrent la tête du fœtus sont sollicitées dans « un sens ou dans l'autre à un déplacement exagéré « elles se sépareront des os sous-jacents et c'est au « niveau de la couche ostéogène que se produira fata- « lement le décollement.

« En résumé : os inachevés, à table externe peu « résistante, blastème mou et richement vascularisé, « périoste peu adhérent à l'os sous-jacent : tels sont « les facteurs que l'embryologie, l'histologie et l'ana- « tomie nous apprennent à reconnaître comme étant « les raisons d'être du céphalématome.

Les nouveaux-nés offrent tous, à des degrés variés, une telle disposition anatomique ; aussi pour que se produise le céphalématome faut-il qu'interviennent des causes occasionnelles agissant en dernière analyse en tant que trauma obstétrical. Joret en a fait l'énumération et une étude complète ; nous nous bornerons à les rappeler.

C'est d'abord les obstacles que doit franchir le pôle céphalique, pendant le travail de l'accouchement, la réduction de forme de la partie fœtale, la rupture prématurée de la poche des eaux, la valeur des contractions utérines, la résistance du dégagement de la tête à cause du périnée (primipares jeunes) trop peu

étoffé ou incomplètement dilaté, ou à cause de l'ossification sacro-coccygienne (primipares âgées).

Enfin, Joret invoquait la structure spéciale du vagin. A juste titre, il faisait remarquer « que c'est « avec le vagin que la partie fœtale se trouve le plus « en contact après la dilatation complète..... que le « vagin présente sur sa face interne de nombreux plis « diversement intriqués, les uns longétudinaux cons- « tituant les colonnes du vagin, les autres transver- « saux appelés rides du vagin ».

Que « quand l'extrémité céphalique prend contact « avec le vagin, il lui offre une surface irrégulière et « râpeuse ».

Cette manière de voir est tout à fait juste et peut servir à expliquer la production de la plupart des cas de céphalématomes, mais encore est-il bon de rappeler que l'ampliation du vagin, au cours de l'accouchement, se fait aux dépens des parties élastiques de son tissu propre et non aux dépens de ces replis vaginaux.

En effet, alors même que la tête est prête à franchir l'orifice vulvaire, ils subsistent en leur entier quoique amollis et comme assouplis. Leur action d'arrêt, de râpe, que leur accorde Joret, est donc amoindrie, mais il est une circonstance peu connue, capable de renforcer cette action et la rendre en quelque sorte efficace, c'est la présence de cheveux sur la tête du fœtus.

Il y a déjà de nombreuses années que M. le professeur Pinard, dans ses entretiens cliniques, a signalé ce fait insistant bien sur ceci : qu'ils n'agissent pas tant par leur longueur que par leur présence. Nous

nous rappelons encore la comparaison et le geste dont notre maître soulignait cette remarque.

En effet la présence de cheveux (et combien peu d'enfants naissent sans cheveux) a pour résultat de rendre irrégulière la surface de la tête fœtale et cela d'autant plus que les changements d'orientation de la tête au cours du travail ont pour résultat de les intriquer et de les tirailler.

Et nous avons ceci à considérer : une tête réduite par chevauchement des os du crâne, un cuir chevelu devenu trop grand et insuffisamment élastique pour revenir sur lui-même, obligé de se plisser, de se rider, offrant donc une surface très irrégulière, peu glissante à cause de ces cheveux intriqués et cheminant étroitement appliquée à une autre surface, toute aussi inégale, sinon plus. Il s'en suit que le cuir chevelu fœtal et la paroi vaginale maternelle ne font plus qu'un, en quelque sorte, étroitement unis qu'ils sont. Que surviennent alors de vives contractions utérines et le bloc céphalique tendra, sous cette vis à tergo à progresser, entraînant à sa suite, pour ainsi dire, le cuir chevelu et le vagin accolés. Le cuir chevelu obéit seul à cette traction qui a pour effet de tirailler fortement le périoste par le moyen de ses connexions intimes qui l'unissent au cuir chevelu (voir Poirier *loco citato* supra) et la couche ostéogène d'Ollier, où est le point faible, cède, se décollant de l'os sous-jacent, par une sorte de clivage : une petite cavité virtuelle est ainsi déterminée. Le forceps réalise expérimentalement ce mécanisme, en mobilisant le cuir chevelu sur le bloc osseux qu'il recouvre, en amenant le décollement du périoste.

Nous avons laissé volontairement de côté les cas où ce décollement serait produit au détroit supérieur ou dans l'excavation, Joret dans sa thèse ayant démontré que dans le plus grand nombre des cas de céphalématome, il fallait incriminer le mouvement de dégagement de la tête au détroit inférieur. Mais nous avons insisté sur le mode d'action des cheveux dans la production du céphalématome, ce facteur étant encore méconnu par certains accoucheurs.

De la date de l'apparition du Céphalématome.

Dans leur précis d'obstétrique, Ribemont-Dessaignes et Lepage disent simplement que le céphalématome apparaît dans les jours qui suivent l'accouchement ; pour Dubrisay et Jeannin, il se montre deux ou trois jours après l'accouchement ; pour Weill, deux ou quatre jours après l'accouchement ; pour Forgues, un à trois jours après l'accouchement, etc., etc. Nous pourrions passer en revue les opinions des principaux accoucheurs et pœdiâtres sur ce sujet, nous retrouverions la même imprécision. Mais en ces dernières années l'attention fut attirée sur ce fait que le céphalématome était constaté souvent, beaucoup plus précocement que ne le disaient les classiques. En 1899, M. le Professeur Pinard consacra un de ses entretiens cliniques au céphalématome à apparition précoce. En décembre 1901, M. le docteur Mouchotte publia à ce sujet un article dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pœdiâtrie* ; il y rapporte quatre observations de céphalématome diagnostiqué aussitôt la naissance.

Des conditions qui régissent l'apparition du Céphalématome.

Lorsque des vaisseaux ont été rompus par arrachement il se produit une sorte d'hémostase provisoire. Dans son manuel de pathologie externe, M. le Professeur Reclus en a magistralement exposé le mécanisme :

« Sous l'influence des tractions les membranes inter-
« nes et moyennes des artères, peu élastiques, se
« rompent et se recroquevillent dans la lumière du
« vaisseau qu'elles *oblitèrent*, tandis que la couche
« externe, s'étire, s'effile comme un tube à la lampe, ferme
« ainsi l'artère et s'oppose à l'effusion du sang ; *l'hé-*
« *mostase provisoire est assurée* ; la prolifération cellu-
« laire des parois rompues se chargera de l'hémostase
« définitive... Lorsque l'artère ouverte est de petit
« calibre, la rétraction des deux bouts dans la gaîne,
« le rétrécissement physiologique de l'orifice et la coa-
« gulation du sang pourront amener l'hémostase natu-
« relle ».

D'autre part, il y a lieu de considérer que pendant la période d'expulsion, époque à laquelle se produit le décollement périostique, la tête fœtale est enserrée comme dans une sorte d'étau par les parties molles maternelles. Elle subit une assez forte pression qui aplatit la cavité virtuelle dont nous avons parlé plus haut et qui réalise assez bien pour un temps la compression exercée à l'aide d'un pansement par le chirurgien pour amener une hémostase définitive.

Théoriquement, cette compression doit être d'autant plus efficace que la période d'expulsion est plus longue, et, à une période d'expulsion courte doit cor-

respondre une hémostase très imparfaite. En fait, il n'en est pas toujours ainsi.

Aussi le céphalématome doit-il, sauf certains cas exceptionnels, se manifester dès la naissance ou dans les heures qui suivent. En effet, bien rares doivent être les cas dans lesquels l'arrachement du périoste amène une élongation des artères suffisante pour déterminer une hémostase par le processus exposé dans le passage emprunté à l'ouvrage de M. le professeur Reclus.

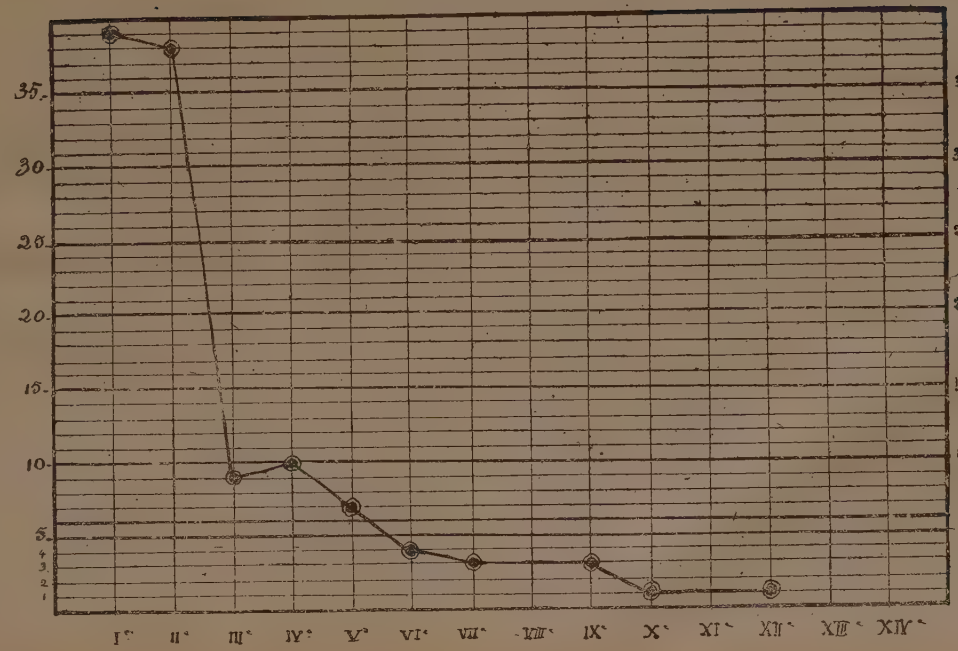
Un fait, en outre, mérite considération : c'est la manière dont saignent les fins vaisseaux du diploé : ils saignent en nappe, insidieusement, a-t-on dit. Or, ce sont eux surtout qui sont lésés. On comprend facilement que le céphalématome soit déjà constitué au moment de la naissance.

Et cette manière de voir trouve son illustration pour ainsi dire, dans la courbe que nous avons dressée des cas des céphalématomes à date d'apparition connue en mettant en ordonnées le nombre de cas constatés, et en abscisses le N^e^ jour suivant la naissance où ils ont été constatés. L'examen de cette courbe nous montre qu'après le 2^e^ jour le céphalématome devient exceptionnel et de moins en moins fréquent.

39 cas de céphalématomes ont été constatés dès le premier jour : quelques-uns dès la naissance par la sage-femme de garde, le plus grand nombre à la visite du soir par la sage-femme en chef.

38 céphalématomes ont été constatés le deuxième jour à la visite du matin en général.

Courbe des Céphalématomes



$$39 + 38 = 77$$

Or, après le deuxième jour, nous n'en trouvons que 38. $(9 + 10 + 7 + 4 + 3 + 3 + 1 + 1)$

Le céphalématome précoce, ou relativement précoce, devient donc la règle. Nous pensons que si le céphalématome n'est pas diagnostiqué plus souvent à la naissance, cela tient à la difficulté d'en faire le diagnostic. Voici une observation démonstrative à cet égard et dans laquelle est mise en relief la difficulté de faire un diagnostic, en cas de bosse sero-sanguine

Céphalématome diagnostiqué sitôt l'expulsion du fœtus

(Dr. Mouchotte *in* Th. Bioche).

M. E..., 22 ans, primipare à terme, entre le 2 décembre 1899 à la Pitié. La femme était en travail depuis plusieurs heures lorsque, dans la matinée M. Lepage eut l'occasion de l'examiner. La tête était engagée en G.T., le dos légèrement orienté en arrière, le col incomplètement effacé. A 10 h. 30 du soir la tête était en G. P, dilatation de 2 francs. Le lendemain a 10 heures m. dilatation de 5 francs. Tête mal fléchie *appuyant mal*, orientée en occipito-postérieur direct 10 h. 30 du matin: le palper révélait des petits membres sur tout le plan antérieur de l'abdomen et à droite, tout en arrière, le plan latéral du fœtus. Au toucher la tête était presque en O.I.D.P. ayant dépassé l'O.S. Dilatation de 5 francs 11 h. 15 matin : la tête a oscillé et est revenue en O. S. à 2 h.5 du soir : le palper montre que le dos est nettement à droite ; la

dilatation est presque complète, la tête est en O.I.D.A.

A 2 h. 15, rupture spontanée des membranes, la tête se met en O.P. Cette rotation si intéressante incite à suivre, pour ainsi dire sans interruption, le mouvement de la tête. A 2 h. 30 O.I G.A: Bourrelet de cystocèle. La tête demeure en G.A., dans l'intervalle des contractions se place en O.P. pendant les contractions.

A 2 h. 55 expulsion de la tête en O.P.; après la rotation externe à droite, on constate en haut, sous le pubis, appliquée à la partie inférieure de la joue gauche, *la main droite en procubitus*. Garçon de 3,710 gr. *Cheveux longs*: Diam : O. M. . 13, 1; S.O.B. : 9, 7

Sitôt l'expulsion du fœtus on constate sur l'angle postérieur du pariétal gauche une forte saillie *près de la bosse séro-sanguine*. Etant donné que cette saillie ne dépasse pas la ligne médiane, tenant compte d'autre part de sa consistance rénitente, toute différente de la consistance de la bosse séro-sanguine, on pense qu'il s'agira dans la suite d'un céphalématome.

Le lendemain 4 décembre on constate, sur l'angle postério-supérieur du pariétal gauche un céphalématome des plus nets — *12 décembre*. Le bourrelet périphérique du céphalématome est très saillant.

Cependant il est des cas de céphalématomes auxquels semblent difficilement s'appliquer le processus générateur invoqué plus haut ; nous voulons parler de ces céphalématomes apparus tardivement après la naissance.

Il n'en est rien ; le décollement périostique a eu lieu pendant le travail, et l'hémostase provisoire a été

suivie d'un commencement d'organisation du caillot obturateur ; mais ou bien la solidité et l'existence de ce caillot ont été compromises par une violence extérieure, ou bien cette frêle barrière a été renversée par la poussée du sang dont la pression a été brusquement accrue à l'occasion d'efforts faits par l'enfant. Le sang aussitôt envahira la poche aux parois encore faiblement accolées. Et ainsi, tardivement apparaîtra un céphalématome dû à un trauma secondaire postérieur à l'accouchement.

STATISTIQUE DES CÉPHALÉMATOMES

Observés à la clinique Baudelocque en 1890

Tableau statistique des céphalématomes observés à l

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des mem
1890	241	I	23	G A	Occipital	Spont.
»	264	I	22	G A	P G	Art.
»	330	I	21	D A	P G	Art.
»	572	I	22	G A	P D 5 j.	Art.
»	704	I	28	G T	P G	Art.
»	787	I	20	D P	P D 2 j.	Spont.
»	838	I	22	G T	P G 6 j.	Art.
»	1.002	I	23	D P	P D 2 j.	Spont.
»	1.110	I	29	G A	P D 2 j.	Art.
»	1.181	I	23	G A	P G 1 j.	Spont.
1891	101	I	24	D P	P D 3 j.	Spont.
»	176	I	27	D P	P G 3 j.	Spont.
»	223	I	17	G A	P G 3 j.	Spont.
»	241	I	18	G A	P G 3 j.	Spont.
»	354	I	19	G P	P D	Spont.
»	588	I	18	G A	P G 2 j.	Art.
»	735	I	»	G A	P G 2 j.	Spont.
»	771	I	26	D P	P G 1 j.	?
»	799	I	»	G T	P G 1 j.	?
»	1.061	I	22	G A	P D 1 j.	Spont.
»	1.263	I	21	D P	P G 1 j. / P D 3 j. } double	Spont.
»	1.357	I	»	D T	P G 1 j.	Spont.
»	1.459	I	»	D T	P G 1 j.	Spont.
1892	154	I	?	G A	P G	Spont.
»	407	I	28	G A	P G	Spont.
»	539	I	21	G A	P G	Art.
»	560	I	18	G T	P D	Art.
»	665	I	25	D P	P G 2 j.	Spt.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dr Anatole Bioche)

e du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
18 h.	1 h. 40	»	10.2	2.960	F
9 h. 15	40'	»	»	3.050	M
20 h.	1 h. 25	»	»	2.650	F
13 h. 40	2 h.	»	»	2.820	F
45 h.	forceps 10'	»	»	2.800	F
22 h. 40	25'	»	»	3.280	F
15 h.	40'	»	»	2.970	M
12 h.	forceps 10'	»	»	3.300	M
36 h. 1/2	30'	»	»	3.070	M
12 h.	1 h. 10	»	»	2.420	M
24 h.	1 h. 45	»	»	3.500	M
16 h.	20	»	»	2.720	F
8 h. 55	1 h. 30	»	»	3.410	M
13 h.	25'	»	»	2.660	M
13 h. 45	30'	»	»	2.780	M
32 h. 1/2	20'	»	»	2.870	F
12 h.	50'	longs	»	3.950	M
13 h.	1 h. 45	»	»	3.150	M
19 h.	3 h.	»	»	3.050	M
17 h.	8'	»	»	3.100	M
23 h.	1 h. 50	»	»	3.010	M
9 h.	35'	»	»	2.950	M
20 h.	1 h.	très longs	9.6	4.900	F
9 h.	35'	?	»	3.080	M
5 h.	2 h.	»	9.7	3.930	M
4 h.	2 h. 10	»	»	2.780	M
8 h.	2 h. 40	longs	10	3.200	F
8 h.	1 h. 15	»	»	3.880	M

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des membr
»	859	I	26	D P	P G	Art.
»	943	I	21	S I G T	P D 1 j.	Spont.
»	1157	II	29	D T	P G	Spont.
»	1304	I	37	G T	P D Occipital	Art.
»	1313	I	21	S I G A	P G	Spont.
»	1584	VI	33	»	P D	?
»	1827	I	22	G A	P D 5 j.	Spont.
1893	7	I	33	G A	P G 1 j.	Spont.
»	52	I	21	G A	P D 1 j.	Art.
»	324	I	21	G A	P D P G	Art.
»	496	I	29	D P	P G	Art.
»	641	I	29	G A	P G 4 j.	Art.
»	820	I	24	G A	P G 1 j.	Art.
»	1234	I	20	G A	P D	Spont.
»	1490	I	24	G A	P D	Art.
»	1607	II	34	D P	Occipital	Spont.
»	1728	I	19	G P	Multiple	Spont.
»	1825	I	32	G A	P' 2 j.	?
1894	122	V	34	Sommet	Version P.G. P.D.	Accouchemer prov. 7 mois
»	242	I	31	G A	P' 2 j.	Spont.
»	794	I	18	G P	P D 1 j.	Art.
»	984	II	30	G A	P D 1 j.	Spont.
»	1458	I	21	G P	P D	Art.
»	1802	I	23	G P	P' 1 j.	Art.
»	1874	III	22	G A	P D	Art.
1895	327	I	21	G P	P G	Spont.
»	461	I	20	G A	P D 1 j.	Art.
»	670	I	19	D P	P D 1 j.	Spont.
»	1295	I	25	D P	P D 1 j.	Spont.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dr Anatole Bioche)

ée du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
27 h.	1 h. 20'	longs	»	3.150	M
14 h.	»	»	»	2.820	M
8 h. 15	forceps 15'	»	»	3.840	M
7 h.	20'	longs	»	2.550	F
7 h.	?	»	11.5	3.020	F
6 h.	forceps 50'	»	10.5	4.450	F
14 h.	forceps 2 h. 35	longs	10	3.610	M
17 h.	1 h. 20'	»	»	3.370	M
15 h. 30	35'	longs	»	2.610	M
7 h.	25'	longs	»	3.410	F
20 h.	20'	»	»	3.300	F
25 h.	forceps 6 h.	longs	»	3.430	F
4 h.	1 h.	»	»	3.590	M
8 h.	20'	longs	»	2.930	M
8 h.	1 h. 20'	longs	»	3.180	M
10 h. 45	1 h. 15'	»	»	3.700	M
11 h.	45'	»	»	3.130	F
8 h.	40'	longs	»	2.370	F
»	»	longs	»	2.060	F
23 h.	1 h. 10	»	»	3.038	M
13 h.	2 h.	»	»	3.770	M
4 h. 10	forceps 10'	»	»	4.070	M
11 h.	30'	»	»	3.400	M
21 h.	1 h.	»	»	2.530	F
9 h. 30	15'	longs	»	2.820	M
14 h.	35'	longs	9.7	3.650	M
12 h.	45'	»	9.8	3.770	F
16 h.	30'	»	10	3.550	M
9 h. 45	25'	»	»	3.600	F

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des membre
1895	1619	I	12	D P	P D 1 j.	Art.
»	1644	I	30	D P	P G 1 j.	Spont.
»	1800	I	22	G A	P D 1 j.	Spont.
1896	346	I	25	G A	P D 1 j.	Spont.
»	392	III	35	D P	P D 1 j.	Spont.
»	710	I	18	D P	P D 12 j.	Art.
»	1049	I	21	G A	P G 1 j.	Spont.
»	1101	II	19	G A	P D 2 j.	Art.
«	1111	I	17	G A	P G 1 j.	Spont.
»	1377	III	24	G A	P D	Spont.
»	1527	I	34	D P	P G	Art.
»	1802	I	19	G A	P D	Art.
»	1822	I	27	G A	P G	Art.
»	1964	2	34	G A	P ? 2 j.	Art.
»	2057	I	20	G P	P D 5 j.	Spont.
1896	2085	III	30	G P	P D 2 j.	Art.
»	2214	II	25	G A	P ? 1 j.	Spont.
1897	275	II	24	G A	P G	Spont.
»	336	I	23	G A	P D	Art.
»	382	V	32	G A	P	Spont.
»	505	I	20	G A	P D	Art.
»	531	I	28	G A	P D	Spont.
»	743	I	25	D P	P ? 2 j.	Art.
»	757	I	27	G A	P G 1 j.	Art.
»	883	II	34	G A	P D 2 j.	Spont.
»	1004	III	32	Siège	Occipital 2 j.	Spont.
»	1010	II	25	G A	P G 2 j.	Spont.
»	1760	I	19	G A	Occipital 10 j.	Art.
»	1764	II	24	G A	P D 2 j.	Spont.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dr Anatole Bioche)

du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
8 h. 40	1 h. 10'	»	9.6	3.530	M
5 h. 30	30'	»	»	3.800	M
7 h. 30	45'	»	»	3.120	M
1 h.	45'	longs	»	3.300	F
7 h.	25'	très longs	»	2.430	M
9 h.	35'	»	»	3.720	M
17 h.	50'	»	10	3.440	M
5 h. 30	40'	»	»	3.210	M
9 h. 25	5'	»	9.8	3.720	M
6 h.	10'	»	»	2.900	M
?	10 h. 30'	longs	9.7	3.149	M
7 h. 30	2 h. 15'	»	»	3.800	M
4 h.	30'	longs	»	3.400	M
7 h. 25	55'	»	»	2.950	M
3 h. 30	40'	»	»	3.950	M
?	2'	longs	»	3.400	M
5 h. 45	15'	»	»	4.000	F
3 h. 20	10'	longs	»	3.320	F
9 h.	35'	»	»	3.660	F
10 h. 45	15'	»	9.6	3.650	M
3 h. 20	30'	»	»	2.830	F
23 h.	3 h. »	»	»	3.620	F
9 h. 50	25'	»	»	3.300	F
5 h. 45	2 h. 45'	»	9.8	4.600	M
7 h. 20	1 h. 10'	»	9.6	3.400	F
15 h.	45'	»	11	3.720	M
3 h. 15	15'	»	»	3.320	M
15 h.	5 h. 50'	»	»	3.050	M
7 h.	10'	»	10	3.700	F

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des membre
1897	2.009	I	18	G A	P D	Spont.
1898	183	I	20	G P	P G 1 j.	Art.
»	287	I	28	G A	P D	Art.
»	346	II	25	G A	P G 2 j.	Spont.
»	395	I	24	D P	P G 2 j.	Art.
»	417	I	33	G A	P D	Spont.
»	532	I	22	D P	P D 1 j.	Spont.
»	679	XIV	42	D P	P D à la naissance	Spont.
»	943	I	21	G A	P D	Spont.
»	1.827	I	30	D P	P D 1 j.	Spont.
»	2.075	I	25	D P	P D	Spont.
»	2.078	III	32	?	P D	Spont.
»	2.153	I	18	G A	P D 1 j.	Spont.
»	2.285	I	20	G A	P D 4 j.	Spont.
1899	931	I	20	G A	P G	Art.
»	1.080	I	27	G P	P G 6 j.	Art.
»	1.796	I	21	G A	P G 9 j.	Spont.
»	2.216	I	24	G A	P D 9 j.	Spont.
»	2.390	I	19	G A	P D 1 j.	Art.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dr Anatole Bioche)

du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
?	30'	»	»	2.930	F
48 h.	4 h. 30'	»	10.3	3.630	M
5 h.	1 h.	»	9.7	3.270	F
5 h. 05	30'	»	»	3.830	M
13 h. 05	4 h. 20	»	»	3.380	M
?	35'	»	»	2.250	M
16 h. 30	15'	longs	9.6	4.000	F
?	20'	»	»	3.450	F
6 h. 15	45'	longs	»	2.900	M
18 h.	1 h.	»	»	3.400	F
?	55'	»	»	3.810	M
3 h. 30	10'	»	»	3.510	F
15 h.	15'	»	»	2.790	M
7 h. 40	40'	»	»	3.525	M
10 h.	1 h 05	»	»	3.090	M
15 h.	1 h. 40	»	»	3.150	F
16 h. 25	35'	»	9.6	3.740	M
?	1 h. 05	longs	»	2.220	M
9 h. 30	2 h.	»	»	3.780	F

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des membr
1900	262	II	27	G A	P G	Spont.
»	442	I	24	G A	P G 7e j.	Art.
»	566	I	20	G A	P D 5e j.	Sp. temp
»	62	V	31	O P	P D	Sp. temp
»	976	I	20	G A	P G 3e j.	Art. d. c.
»	1.052	I	24	G A	P D 2e j.	Sp. temp
»	1.386	I	21	D P	P D 7e j.	Art.temp
»	2.298	I	20	G A	P D	Sp. temp
1901	365	I	16	G A	P D 4e j.	Sp. t.
»	539	I	18	D P	P D 4e j.	Sp. pr.
»	763	I	21	G A	P D 4e j.	Sp. pr.
»	850	II	25	G A	P D 2e j.	Art.temp
»	957	I	32	D P	P G 2e j.	id.
»	965	I	24	G A	P G 1er j.	id.
»	1.175	I	26	G A	P G 3e j.	id.
»	1.615	II	30	G A	P D 5e j.	Sp. prém
»	1.691	I	34	G A	P G 4e j.	Art.temp
»	1.796	IV	26	O P	O »	Sp. prém
»	2.114	V	35	D P	? »	Sp. temp
»	2.125	II	24	D P	P D »	Art.temp
1902	4	I	22	G A	P D 2e j.	Sp. t.
»	5	I	27	D P	P D 2e j.	Sp. pr.
»	12	II	25	G A	P G 1er j.	Sp. pr.
»	85	I	25	G A	P D 12e h.	Sp. pr.
»	197	I	24	D T	P G 3e j.	Art. dc.
»	470	I	22	D P	P D 1er j.	Sp. pr.
»	636	I	19	G A	P D »	Sp. t.
»	723	I	35	D P	?	Sp. pr.
»	1.332	I	22	S I D P	Oc	Sp. t.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dehail)

du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
4 h. 45	5'	»	8cm7	3.200	M
10 h.	10'	»	8.5	2.270	F
7 h. 15	10'	»	9.3	3.400	M
9 h. 50	5'	»	9.5	3.710	M
20 h. 40	1 h. 10	»	9	3.600	F
3 h. 30	15'	»	9	3.170	F
3 h.	25'	»	8.4	2.470	M
8 h.	30'	»	9	3.020	M
6 h.	20'	»	8.6	2.340	F
1 h.	30'	»	9.1	2.720	M
3 h. 50	50'	»	8.6	2.660	M
10 h. 10	40'	»	9.2	4.000	F
9 h. 10	1 h. 25	longs	9	3.000	F
7 h. 40	40'	»	8.8	2.450	M
5 h. 10	1 h. 25	»	9.4	3.500	F
3 h. 40	20'	»	9.2	3.750	M
7 h.	2 h. 15'	»	9	3.480	M
2 h. 45	10'	»	9.7	3.850	M
1 h. 40	10'	très longs	8.7	3.250	F
9 h. 35	1 h. 30	»	9.5	3.250	M
7 h. 30	30'	»	9.2	3.550	F
10 h. 40	40'	»	9.2	3.300	M
1 h. 29	20'	»	8	2.180	F
7 h. 30	30'	»	9.3	3.700	M
7 h. 30	1 h.	»	9	3.200	M
6 h. 15	1 h. 45	»	9	3.050	F
23 h. 15	20'	»	9.1	3.530	F
8 h.	4 h.	»	9.3	3.670	F
8 h. 50	1 h. 10	»	9.6	3.130	F

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des memb
1902	1.395	I	23	D P	? 12e h.	Sp. pr.
»	1.460	I	27	G A	P G 4e j.	Sp. pr.
»	1.508	I	19	G A	P D	Sp. t.
»	1.526	I	24	S I G T	O 2e j.	Sp. pr.
»	1.622	I	16	G A	P G 12e h.	Art. t.
1903	128	I	20	D P	P D 2e j.	Sp. pr.
»	260	II	23	G T	P G 5e j.	Sp. pr.
»	279	I	20	G A	P D 2e j.	Art. d.
»	971	I	22	G A	P G 2e j.	Sp. t.
»	1.126	II	20	D P	P D 4e j.	Art. d
»	1.184	I	»	A	P D 4e j.	Sp. t.
»	1.360	I	25	G A	O 2e j.	Sp. pr.
»	1.517	III	33	G A	P D	Sp. t.
»	1.697	I	22	G A	P D	Sp. pr
»	1.765	I	22	G A	P D 3e j.	Art. d.
»	1.810	I	25	D P	P D 1er j.	Art. d.
»	1.996	I	17	G A	P D 2e j.	Art. d.
»	2.078	I	23	D P	P G 1er j.	Sp. t.
1904	77	III	25	S I G A	P G 2e j.	Sp. t.
»	294	II	19	D P	P D 2e j.	Art. d.
»	999	II	28	D P	P G 6e j.	Sp. pr.
»	1.178	I	21	D P	P G	Sp. t.
»	1.183	V	28	S I G A	P D	Sp. t.
»	1.440	I	19	G A	P D 1er j.	Sp. pr.
1905	723	I	32	D P	? 36e h.	Art.
»	817	II	34	G A	? 2e j.	Sp t
»	910	I	21	D P	? 2e j.	Sp. t
»	983	I	21	P P	P D 4e j.	Art.
»	1283	V	31	D P	P G	Sp. p.

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dehail)

du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
2 h. 45	30'	»	8.8	3.500	M
4 h. 45	1 h. 30	»	9.5	3.450	M
6 h. 30	1 h.	»	9.8	3.400	M
1 h.	10 h. 45	»	9.1	3.550	M
3 h. 45	35'	longs & épais	8.7	2.750	F
9 h. 30	15'	»	9	3.330	F
7 h. 45	10'	»	9	3.650	M
5 h. 30	1 h.	»	8.8	3.660	M
2 h.	30'	»	9.5	3.230	M
5 h. 45	10'	»	9.1	3.320	F
2 h. 30	10'	»	9.5	3.080	F
4 h. 20	2 h. 20	»	9.7	3.500	M
6 h. 30	20'	»	9.6	3.550	F
1 h.	45'	»	9.6	3.120	M
5 h.	1 h. 40	»	9.5	3.740	M
4 h.	35'	très longs	9.6	3.160	M
6 h. 30	1 h.	»	9.3	3.840	M
1 h. 10	25'	»	9	2.850	F
8 h.	30'	»	9	3.240	M
1 h. 45	45'	»	9.5	3.220	M
7 h. 40	40'	»	8.7	3.540	M
5 h. 30	2 h.	»	9.2	3.150	M
6 h. 15	»	»	10.4	4.000	F
4 h.	35'	longs	9.2	3.280	M
6 h. 30	15'	»	9.5	3.550	M
8 h. 40	1 h.	»	9	3.400	F
4 h.	1 h. 15	»	9.5	3.210	M
1 h.	5 h.	»	9	3.060	M
6 h. 45	5 h.	»	9	3.750	M

Tableau statistique des céphalématomes observés à la

Année	Numéro	Parité	Age	Position	Siège du Céphalé.	Rupt. des membr
1906	34	I	20	D T	P D 4e j.	Sp. pr
»	300	I	21	D P	P G	Sp. pr.
»	784	II	38	G A	P D 3e j.	Art.
»	800	I	17	G A	P D 2e j.	Sp. pr.
»	1186	I	22	G A	? 2e j.	Art.
»	1229	I	25	G A	P D 2e j.	Sp. t.
»	1315	I	16	G A	P D 6e j.	Sp. t.
»	1872	I	19	G A	P D	Sp. t
»	1934	II	35	D P	P D 2e j.	Sp. pr
1907	223	I	22	G A	O C 7e j.	Sp. pr
»	291	I	19	G A	P G 1er j.	Sp. t
»	374	I	22	G A	C double.	Art.
»	495	III	26	G A	P G	Sp. t.
Mai	715	III	34	G A	? 9e j.	Sp. pr

clinique Baudelocque depuis 1890. (Dehail)

du travail	Période d'expulsion	Long. des cheveux	Di.Bi.P. Sup. à 9.5	Poids	Sexe
3 h.15	4 h. 15	»	9.4	2.900	M
9 h.15	45'	»	9.3	3.300	F
6 h.45	10'	»	8.4	2.850	M
5 h.	30'	»	9.2	3.200	M
4 h.45	30'	»	9.1	3.150	F
3 h.30	20'	»	9.7	3.700	M
8 h.40	15'	»	9.1	3.150	F
7 h.15	35'	»	9.4	3.100	M
?	1 h. 30	»	9.5	3.870	M
4 h.	3 h.	»	9.5	3.360	F
2 h.35	30'	»	8.5	2.480	F
4 h.45	15'	»	9	3.100	F
1 h.20	10'	»	9.3	3.550	M
8 h.50	15'	»	9.2	3.950	F

RÉSULTATS

Des tableaux précédents nous extrayons les résultats suivants :

Nous trouvons 1,2 céphalématomes sur 250 accouchements, moyenne sensiblement égale à celle indiquée par les auteurs, et, plus faible que celle donnée par Bioche.

Sur 100 cas de céphalématomes la mère de l'enfant est 75 fois primipare, 25 fois elle est multipare. 58 pour cent de ces primipares n'atteignent pas 24 ans, 11 pour cent atteignent ou dépassent 27 ans. Ce chiffre est inférieur à celui donné par Bioche : 25 pour cent. Aussi attribuait-il une certaine importance à la primiparité âgée dans la production du céphalématome, ce que nous ne pouvons admettre. D'ailleurs chez ces femmes par suite de la dégénérescence fibreuse du muscle utérin, on peut observer de l'impotence fonctionnelle, du défaut de progression de la tête fœtale, conditions éminemment défavorables au décollement périostique.

Si nous observons les enfants atteints de céphalématome, nous trouvons que 25 pour cent ont des

cheveux d'une longueur de 3, 4, 5 centimètres à la naissance. Dans les autres cas la longueur des cheveux n'est pas spécifiée.

47 pour cent de ces enfants ont un poids supérieur à la moyenne qui est de 3.250 grammes, et atteignent 3.500, 3.800, 4.000, voire même 4.500 grammes.

19 pour cent ont un diamètre bipariétal qui dépasse 9,5 allant dans certains cas jusqu'à 10, 10,5 et même 11,5 centimètres.

38 pour cent sont du sexe féminin ; 61 pour cent sont du sexe masculin.

Dans 23 cas de céphalématomes pour cent, la période d'expulsion est inférieure à 30 minutes. Au sujet du siège nous constatons 71 cas de céphalématomes du pariétal droit dans lesquels : 49 fois le pariétal droit est antérieur : la position est :

GA 43 fois
GP 5 d°
GT 1 d°

22 fois le pariétal droit est postérieur, la position :

DP 21 fois
DT 1 d°

Dans les 49 premiers cas le pariétal, siège de la lésion, est l'antonyme du nom de la variété de position : céphalématome droit une position gauche.

Au contraire dans les 22 autres cas le pariétal, siège de la lésion, est homonyme du nom de la variété de position de la tête : céphalomatome droit dans une position droite.

Nous trouvons dans 61 cas de céphalématome sur le pariétal gauche :

35	fois — c'est-à-dire	57	pour cent	une position G A
4	»	6 50	»	G T
3	»	5	»	G P
1	»	1 60	»	D A
3	»	5	»	D T
15	»	24 50	»	D P

Dans ces 61 cas de céphalématomes la variété de position de la tête est bien déterminée. Or, 14 fois le pariétal gauche est antérieur, soit 24 fois pour cent.

Savoir :

D A	1 fois —	soit 16	pour cent
D T	3 »	» 5	»
D P	10 »	» 16	»

47 fois le pariétal gauche est postérieur : soit 77 pour cent :

G A	35 fois,	soit 57	pour cent
G T	4 »	» 65	»
G P	8 »	» 13	»

Dans les 14 premiers cas le pariétal, siège de la lésion, est l'antonyme de la variété de position : céphalématome gauche dans position droite.

Au contraire, dans les 47 autres cas, le pariétal siège de la lésion, est homonyme du nom de la variété de position de la tête: céphalématome gauche dans variété gauche.

Donc sur (71+61)=132 cas de céphalématome dont la variété était déterminée, le céphalématome siège 63 fois (49+14) sur le pariétal antérieur, c'est-à-dire sur le pariétal antonyme de la variété de position de la tête, soit 48 pour cent; et 69 fois sur le pariétal postérieur c'est-à-dire homonyme de la variété de position de la tête soit 52 pour cent. Cette dernière proportion est donc simplement voisine de la précédente.

Nous relevons huit cas de céphalématome sur l'occipital, soit 6 pour cent.

4 cas en position G A soit 3 pour cent
1 cas en position D P soit 0.70 pour cent
1 cas en position O P soit 0.70 pour cent

deux à l'occasion de présentation du siège :

1 cas en S.I.D.P. soit, 0.70 pour cent
1 cas en S.I.G.T. soit, 0.70 pour cent

Dans 15 cas nous ignorons le pariétal siège du céphalématome.

8 sont produits en position G A
6 » » D P
1 s'est produit » G P

Sept céphalématomes doubles ont été observés :

5 en position G A
2 » D P
Un céphalématome triple en G_2T
Un » multiple en G P

Dans les applications de forceps, nous sommes encore en présence de trop peu de cas pour conclure fermement au point de vue de la fréquence à l'égard du siège sur un des pariétaux.

Nous trouvons deux cas de céphalématome observés sur le pariétal droit; l'un dans une variété de position S.I.G.T., l'autre dans une variété de position S.I.G.A.

Sur le pariétal gauche nous observons un cas de céphalématome dans la variété de position S.I.G.A.

CONCLUSIONS

De notre statistique nous tirerons les conclusions suivantes :

I. — Le céphalématome, dans 75 fois pour 100 des cas, a lieu chez des enfants de primipares.
Dans 21 fois pour 100 des cas chez des multipares la primiparité est donc une cause prédisposante.

II. — 23 fois pour cent, la période d'expulsion a été inférieure à 30 minutes, la brièveté de l'expulsion est donc un facteur important de production de céphalématome.

III. — Dans 71 cas, le céphalématome siège sur le pariétal droit.
Dans 61 cas sur le pariétal gauche. Soit un rapport de 9 à 10.

IV. — Quant à la date d'apparition nous constatons que sur 115 cas dont la date d'apparition nous est connue, 39 céphalématomes ont été observés dans les premières heures qui suivent la naissance. D'où nous concluons : 1° qu'il est probable que ce nombre serait encore plus élevé si le céphalématome était systématiquement recherché dans

les heures qui suivent la naissance. 2° que probablement il ne convient pas de conserver la dénomination de céphalématome précoce et de céphalématome tardif, mais en faisant remarquer que, contrairement à l'opinion des classiques, le céphalématome précoce est la règle, le céphalématome tardif l'exception. 3° Que le céphalématome s'observe le plus souvent le premier et le deuxième jour qui suivent l'accouchement, non du deuxième au quatrième, comme le disent les auteurs.

Vu et lu :

Le Président de la thèse,

PINARD.

Vu : *Le Doyen*,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bioche. — Contribution à l'étude du céphalématome. Thèse de Paris, (1900).

Dubois (P.). — Art. céphalématome du Dict. de méd. en 30 vol. tome VII. Paris, (1834).

Dubrisay et **Jeannin.** — Accouchements.

Duplay. — Traité de pathologie externe.

Forgue. — Pathologie externe. Collection Testut.

Hamon. — Contribution à l'étude du céphalématome. Thèse de Paris, (1887).

Joret. — Pathogénie du céphalématome. Thèse de Paris (1902).

Mathias Duval. — Traité d'histologie.

Monchotte. — Le céphalématome à apparition précoce. *Revue pratique d'obstétrique et de Pædiatre*, n° de déc. (1901).

Pratique médico-chirurgicale. — Art. céphalématome.

Pinard et **Varnier.** — Etude d'anatomie pathologique, normale et obstétricale.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Ribemont-Dessaignes et **Lepage.** — Précis d'obstétrique.